Living with Sensory Loss: Vision

WRITINGS IN GERONTOLOGY

GÉRONTOLOGIE ÉCRITS EN

THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING
LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Canada

LIVING WITH SENSORY LOSS:

VISION

by

Kathleen Naeyaert
National Program Consultant
Gerontology
The Canadian National Institute for the Blind

March 1990
National Advisory Council on Aging

91-00084/

«Living with Sensory Loss: Vision» is an excerpt from **Writings in Gerontology No. 8** entitled «Living with Sensory Loss. Topical texts on vision, smell and taste, hearing, and touch as it relates to aging».

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging
Ottawa, Ontario
K1A OK9
(613) 957-1968

Charlotte Matthews, PhD
President

Susan Fletcher
Director

Egalement disponible en français sous le titre:
"S'accommoder des pertes sensorielles"

Permission is hereby granted to reproduce the material contained in this Writing in Gerontology. Proper credit to the National Advisory Council on Aging and the authors is requested.

Minister of Supply and Services Canada 1990
Cat. No. H71-2/1-8-1990E
ISBN 0-662-17725-8

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION..... 5

1. THE PREVALENCE OF VISION IMPAIRMENT..... 5

2. THE LEADING CAUSES OF VISION LOSS AMONG THE ELDERLY.... 7

   2.1 MACULAR DEGENERATION..... 7

   2.2 CATARACT..... 8

   2.3 GLAUCOMA..... 9

   2.4 DIABETIC RETINOPATHY..... 9

3. THE IMPACT OF VISUAL IMPAIRMENT..... 10

   3.1 ON INDIVIDUALS..... 10

   3.2 ON FAMILY AND FRIENDS..... 11

   3.3 ON THE GENERAL PUBLIC..... 12

4. COURTESY TO THE BLIND..... 12

5. SOME HELPFUL HINTS AND TECHNIQUES IN ADAPTING TO VISION LOSS..... 13

   5.1 LIGHTING..... 14

   5.2 COLOUR-BRIGHTNESS CONTRASTING..... 15

   5.3 MEALS AND FOOD PREPARATION..... 16

   5.4 TIPS ON TRAVELLING AND MOVING ABOUT 17

   5.5 LIFESTYLE TIPS 18

   5.6 LOW-VISION AIDS..... 19

CONCLUSION..... 19

REFERENCES..... 20

INTRODUCTION

The old saying "things just aren't the way they used to be" typically presents the notion of an ever-changing society. An alternative interpretation of this phrase suggests that individuals are also ever-changing. As individuals grow older, the acuity of their senses diminishes. An inevitable fact of life is that the quality of one's eyesight also changes. These changes are often part of normal aging, a slow gradual process. The subtle changes usually occur at approximately 40 years of age. You may not recognize any difference in your vision, but you might notice that you need to hold the newspaper further away to read it. Other signs of failing vision include experiencing "double vision" or "haloes" around bright lights or "floating spots" as well as pain in your eyes (Rosenbloom et al., 1987).

Failing vision, like declines in the other four senses (hearing, touch, taste and smell) is an area that can dramatically change an individual's ability to perform activities of daily living independently. In fact, older adults may be challenged with multiple sensory deficits. These additional deficits may have gone undetected, but the loss of vision can amplify other sensory deficits which may make rehabilitation and re-training of other senses more difficult.

This paper addresses a variety of issues related to vision loss: its prevalence among older Canadians, the major causes and the early warning signs, and how vision loss can affect a person and social support networks (family and friends). It also includes a variety of helpful hints for coping with vision loss.

1. THE PREVALENCE OF VISION IMPAIRMENT

The availability of data on blindness and visual impairment has been limited to statistics of those who are registered "legally blind" with The Canadian National Institute for the

Blind (CNIB). Even though the data for this population are comprehensive, they do not include the thousands of unidentified people that are "functionally visually impaired", i.e. individuals whose eyesight impedes their activities of daily living.

Data from the Health and Activity Limitation Survey (HALS) explored the type and degree of health limitations experienced by Canadians. The preliminary findings indicated that approximately 10% of people over 65 had a serious visual impairment that restricted their activities of daily living (Statistics Canada, 1988). This translates into nearly 300 000 blind or visually-impaired seniors.

It is estimated that less than 20% of the visually-impaired population is totally blind or without the presence of usable, residual vision. "Legal blindness" is a term used to identify the eligibility for specific government programs and benefits. It is defined as a visual acuity in both eyes with best corrective lenses of 20/200 or when the greatest diameter of the field of vision in both eyes is less than 20 degrees (CNIB, 1988).

You may be wondering if the prevalence of vision impairment differs across age groups. The answer is a definite yes. CNIB's 1988 statistics for its total client population show that the age group 0-29 accounts for 12.7% of that population, the 30-59 age group accounts for 19.9% while the vast majority--65.9% of the clients--are over 60 years old. It is clear that vision loss is associated with the aging process. An examination of CNIB's statistics for new clients registered in 1988 reveals that a growing proportion of the client population is over 60 years old: 0-29 accounts for 11.2% of the population, 30-59 represents 12.9% and the 60+ age group represents 75.5%. As we approach

the 21st century, the proportion of clients aged 60+ will continue to grow. It is also worth noting that more than half of the senior clients are aged 80+. This is no doubt a consequence of the "seniors boom" and will continue to influence CNIB's client population and service provision.

Not surprising is the fact that many residents in long-term care facilities are visually impaired. In some cases, as many as 40% of the residents are visually impaired (Horowitz, 1989). However, with the introduction of a proactive health and social service system, emphasizing community care (maintaining individuals in their own homes) rather than institutionalization, a greater number of blind and visually-impaired persons will remain in their own homes and will require support services. This will continue to present a challenge to the CNIB and other human service organizations.

2. THE LEADING CAUSES OF VISION LOSS AMONG THE ELDERLY

Vision loss is a personal thing. Each individual "sees" differently even though he or she may have the same eye condition as someone else. Some vision problems can occur gradually while others happen suddenly without warning.

Vision loss in the older adult population is, in the majority of cases, caused by one of the following: macular degeneration, cataracts, glaucoma and diabetic retinopathy. Note that an eye condition such as cataracts affects a greater number of people but does not necessarily result in "legal blindness".

2.1 MACULAR DEGENERATION

The leading cause of blindness/visual impairment in Canada is "macular degeneration". It accounted for 45% of all new cases of vision loss in the most recent year for which statistics are

available (CNIB, 1988). The centre of the person's field of vision blurs and detail is lost. More specifically, within the eye, near the centre of the light-absorbing retina, is a small and sensitive area called "the macula". Big as the head of a pin, the macula processes the details in the central part of the image and the brain receives this message. The macula needs light to work effectively and works best in daylight. Degeneration of the macula often occurs over a few years and seems to be a part of the normal aging process. Sometimes, it occurs more quickly.

Macular degeneration may also be linked to infection, high blood pressure or arteriosclerosis. Since so little is known about the basic causes of macular degeneration, effective treatment is not possible in 90% of cases (Canadian Ophthalmological Society, 1988).

2.2 CATARACT

A cataract is a clouding of the eye's lens which scatters or disturbs the passage of light, resulting therefore in blurry vision. We know that cataracts are most often associated with aging. In fact, almost half of the population aged 65+ have some degree of clouding or cataract formation. A small percentage of seniors are registered "legally blind" with the CNIB as a result of cataracts--approximately 6% (CNIB, 1988). There is no pain or redness; people may find lights close to their eyes dazzling or not bright enough. Often they see double images or "ghosts" and eyeglasses do not help.

Cataracts are caused by a chemical change in the lens itself. The reason for this change is not completely understood.

It is important to note that treatment is an operation--cataract surgery--which is now considered a routine procedure and

restores sight in over 95% of cases where there are no other eye conditions present. People of all ages can experience successful cataract surgery (Canadian Ophthalmological Society, 1988).

2.3 GLAUCOMA

Glaucoma is often referred to as "the sneak thief of sight". This eye condition is caused by a disturbance in the optic nerve associated with an increase in pressure on the inside of the eye due to a buildup in fluid. It is usually a slow, painless process for 95% of the elderly who have glaucoma. Warning signs may not be easy to detect, but may include a difficulty in adjusting eyes to a darkened room, blurred or foggy vision and/or focus that fluctuates. Occasionally it can be a sudden, acute onset. The symptoms of acute or sudden glaucoma include the loss of peripheral (side) vision, cloudy vision, as well as pain in and around the eyes. Eyeglasses will not correct these problems.

A glaucoma test should be done at the time of a regular eye examination, especially for people aged 35+. A test of intra-ocular pressure will detect glaucoma. If it is detected, treatment should start before symptoms develop. To date, approximately 7% of the registered blind senior Canadians are affected by glaucoma (CNIB, 1988).

2.4 DIABETIC RETINOPATHY

Diabetic retinopathy is one of the circulatory problems associated with diabetes. It is an eye condition which causes changes in the blood vessels that nourish the eye. The particular type of diabetes that a person has does not seem to determine whether he/she will be affected. Some people with mild diabetes, controlled by diet, may lose their sight whereas others who have severe forms of diabetes and are insulin-dependent never experience vision loss. Those at greatest risk are people who

have had diabetes for over 15 years. Diabetic retinopathy goes through several stages and may lead to total blindness.

During the initial stages, one's sight will blur and fluctuate, and floating spots will be seen. In the later stages, one's visual field gradually reduces because of scar tissue which may pull on the retina and detach it, resulting in total blindness. Laser treatment in the early stages has proven to be successful in many cases.

Recognizing that the medical and technological advances in the treatment of diabetes has resulted in an increased life expectancy, diabetic retinopathy, therefore, might become more commonplace among the elderly (CNIB, 1987).

3. THE IMPACT OF VISUAL IMPAIRMENT

3.1 ON INDIVIDUALS

The total loss or serious impairment of a person's eyesight typically elicits reactions of anger and resentment. The loss of vision may happen quite suddenly, as the result of an accident or disease; or it may be a slow, lingering deterioration as in the case of glaucoma or diabetes. Nonetheless, it has been described as the "death" of the sighted person. This can be a destructive blow to an individual and is often accompanied with an array of personal losses.

For older adults that have always been oriented to a world of visual cues, much of their world and "who they are" is damaged. Their functional ability to perform activities of daily living is in chaos and their personality may also be affected. How the loss of sight will affect a person, understandably, differs from person to person. Loss of sight may lead to a loss of basic skills (mobility and activities of daily

living), loss of ease in communication (oral, written and visual), loss in the ability to appreciate (the pleasurable, leisure and beauty), fears about financial difficulties and the loss of personality (social adequacy, self-esteem, obscurity) (Carroll, 1961). The degree and range of losses all influence the individuals grieving for their vision. Considering the many aspects of a person's psychological security, we may be able to appreciate how far-reaching the consequences of vision loss are. As well, an individual's sense of belonging may be at risk since the individual may see himself/herself as "abnormal" in a society that emphasizes physical perfection; being blind in a sighted world may be very alienating. The emotions associated with any of these losses may lead a person to become more anxious, withdrawn, lonely, or depressed; it can manifest itself into any number of behaviours.

With social support networks and rehabilitation services, it is hoped that the grieving individual will understand that life is not over, but rather that life has changed and a new life has begun.

Many of the losses discussed earlier can be restored simply by adapting one's activities. Learning to develop other senses and integrating new skills and techniques in activities of daily living may optimize the independence and psychological well-being of an individual.

3.2 ON FAMILY AND FRIENDS

Family and friends can play an integral supportive role during the visually-impaired person's adjustment period, but let us not forget that they themselves are experiencing losses and are in an adjustment period. It is important for the social support network to realize that the visually-impaired person may need some assistance with some activities. It is just as

important for family and friends to realize that their visually-impaired friend or loved one may be capable of completing an activity if he/she is allowed to try. Families, friends and caregivers need to learn how to help someone help oneself.

3.3 ON THE GENERAL PUBLIC

The reaction of the general public towards blind persons may be determined by the myths and stereotyped ideas of uneducated blind people that live in institutions or work in sheltered work environments and are unable to care for themselves. Great efforts have been made to "mainstream" and de-institutionalize people who are capable of caring for themselves. Because of this "mainstream" philosophy, more rehabilitative services have emerged and fostered more independence for visually-impaired people as well as other disabled persons. Only through public education will the social-service sector be able to heighten awareness of some of the issues that surround blindness and visual impairment. The following section addresses courtesies to the blind.

4. COURTESY TO THE BLIND

Treat blind or visually-impaired persons as you would anyone else. They do the same things as you, but sometimes use different techniques.

- If you are not sure how much they can see, just ask! Not all blind or visually-impaired people have total absence of sight or live in total darkness. In fact, only about 10% of CNIB's registered clients are totally blind. Many see in varying degrees--from light perception to the ability to read large print with a magnifier. Others may be able to read signs and see objects from a distance but be unaware of obstacles directly in front of them because of their restricted field of vision.

- Speak to blind or visually-impaired persons in a normal tone of voice. Identify yourself and let them know you are addressing them by using their name or touching their arm. Be sure to tell them when you are leaving.

- When walking, let a blind or visually-impaired person take your arm. Pulling them by the hand is awkward and confusing.

- Do not hesitate to use the words "see", "look", or "read". Blind or visually-impaired persons use these words as often as anyone else.

- Describe your surroundings, whether it is the scenery from a moving car, an interesting incident on television or the layout of an unfamiliar room. Point out helpful details: "The door pulls towards us on the left" or "we are approaching the staircase that goes up."

- Give directions clearly and accurately. Pointing or using phrases such as "over there" will be of no assistance.

- Avoid the impulse to rush to a blind person's aid. If you are not sure whether assistance is needed, ask.

- Remember, when you meet a blind or visually-impaired person, the keyword is "person", not "blind".

5. SOME HELPFUL HINTS AND TECHNIQUES IN ADAPTING TO VISION LOSS

In order to determine which techniques are best, the visually-impaired person must decide for herself/himself what works best. This may result in the consistent use of one technique or a combination of techniques. The following sections list some of the components involved in coping with vision loss.

5.1 LIGHTING

Lighting needs are specific to each person's visual impairment. The most frequent problem is that lighting is either too bright, causing glare, or not bright enough. The cost of adequate lighting is minimal given the possible benefits.

- Arrange several lamps around the room to provide a more even distribution of light as opposed to one high-wattage bulb.

- When your eyes adjust from a light to a dark setting, a dimmer switch can be used to control the intensity of light in the various rooms. Alternatively, use sunglasses, i.e. leave them on or take them off when entering a building.

- Use window blinds or shades to reduce glare.

- For those who need bright light, fluorescent lights are especially useful under kitchen cupboards.

- Hang dark open-weave curtains to reduce glare from direct sunlight and still retain good natural light.

- Keep stairway well lit to reduce shadows which may distort images.

- When travelling outside, a wide brim hat, sun visor, or sunglasses may assist in reducing glare.

- Work with the light source behind your left shoulder for best use of light.

- Note that matte surfaces are beneficial if glare is a problem. Do not keep a polished floor; use mats/carpeting to reduce glaring areas. Also avoid using furnishings that contain highly reflective materials such as metal and glass.

- A flashlight or pen-light can be of assistance when trying to read in an area that is too difficult to keep well lit.

5.2 COLOUR-BRIGHTNESS CONTRASTING

Colour-brightness contrasting is often an attractive, inexpensive technique that can be extremely beneficial for people with vision loss. It can be particularly helpful in identifying objects and details.

- Dark colours tend to absorb light and light colours reflect light. Therefore, if rooms are too dark, paint the walls a light colour and hang light-coloured drapes. A dark open-weave drape may allow light to enter but still reduce glare.

- A dark-coloured bathmat over the side of a light tub will clearly identify the edge.

- For stairs, handrails should lead out and extend beyond the top and bottom step to assist in identifying the plateau. In addition, the handrail and the edge of each step should be of a contrasting colour for easy identification.

- A change in the colour of the floor at the top and bottom of a flight of stairs will also assist in identification.

- Use coloured tape on the head of a key so it can be easily identified. Coloured tape can also be placed beside wall switches and electrical outlets so they can be readily visible when they are the same colour as the wall.

- Colour-brightness contrast can help the visually-impaired person to locate furniture easily. For example, place a cloth of a contrasting colour on the back of a dark chair. This colour contrast can be a useful decorative feature.

5.3 MEALS AND FOOD PREPARATION

With imagination and the consistent use of practical techniques, meals and food preparation does not have to be a frustrating event.

- Use light-coloured dishes on a darker or contrasting tablecloth, or vice versa.

- Similarly, display food of a light colour on a dark-coloured plate, and vice versa. Stay away from transparent or patterned dishes.

- The placement and distribution of food on a plate can be described by using the "clock" method, i.e. "potatoes at 2 o'clock, mixed vegetables at 8 o'clock, etc." Note that meat or difficult-to-cut items should be placed at 6 o'clock for easier access and better control.

- The "clock" method can also be used to describe where certain items are on the table, for example, a glass of water, salt and pepper. Setting the table in a consistent manner is helpful.

- Place a baking dish on a rimmed cookie sheet to catch any drippings. This reduces oven cleaning and makes it easier to locate the baking dish.

- Use a slicer for hard-boiled eggs--instead of a knife--to cut items such as mushrooms and cheese.

- A muffin tin is great for baking potatoes or tomatoes. It is easier to locate a muffin tin than individual items.

- Use a cake pan under a measuring cup when measuring liquids. This prevents wasting excess liquid.

- Foods can be identified by the consistent placement of items, by smell, sound, and packaging without labelling each item individually. It may be helpful to label items such as spice jars and canned foods by using a large piece of tape that has the name of the contents written in large dark lettering or by using tactile magnetic letters, e.g. "P" for "peas". To label canned goods, the use of reuseable index cards with large print writing, attached by elastic bands is another easy adaptation.

- When labelling an oven, the use of "Hi marks", a tactile identification, is the best solution in order to identify significant points around the oven dial. This adaptation is available through the CNIB.

- For food preparation, use a dark surface when mixing light-coloured ingredients, and vice versa. The light and dark surfaces can be done by using bowls on the counter or work area.

- Use individual measuring cups of specific sizes for each measurement. You can keep the cups together to determine the correct size of each, or put a notch in the handle, i.e. 1 notch equals 1 cup, 2 notches equal 1/2 cup and so on.

5.4 TIPS ON TRAVELLING AND MOVING ABOUT

Travelling on your own is one component of maintaining independence. Remembering some of the techniques outlined below will allow travelling more confidently.

- Plan exactly where you are going and the best, safest route to take. Think of landmarks that are easily recognizable to assist you in keeping your bearings.

- When travelling with a sighted friend, hold on to their elbow and walk about half a step behind them. This allows you to follow them with great ease.

- When travelling on a bus, ask the driver to call your stop, and try to sit close to the driver to ensure that you hear your street being called.

- Use a white cane. More details on specialized mobility training are available from the CNIB.

- To avoid running into doors, always leave them either completely open or closed. A half-open door is dangerous. The same holds true for cupboard doors.

- Make sure that furniture is returned to its consistent location. For example, push chairs under the table.

5.5 LIFESTYLE TIPS

When maintaining relationships and independence, you may need to utilize community services, the assistance of family and friends and specialized devices.

- When entering a room with a friend, ask to be told who is in the room, and if desired and appropriate, ask to be introduced.

- Talking books are available from the CNIB and often, through public libraries.

- Ask the bank teller or cashier to separate your bills so you can identify them.

- Make use of writing guides, signature guides, large print telephone dials and operator assistance.

5.6 LOW-VISION AIDS

It is important to make the most of the sight you do have. Therefore, the use of low vision aids may help you maximize your remaining vision.

- A complete low-vision examination at a Sight Enhancement Centre may be useful. An eye-care specialist may recommend low- vision aids such as handheld magnifiers, bar magnifiers (they easily magnify a line of print), closed circuit TV readers (they magnify up to 45%) and magnifiers with a light attachment.

- Other useful low-vision aids include: large print telephone dials and/or large print push-button attachments; magazines and books in large print, braille or recorded on cassette tape; and adapted leisure items and board games, such as playing cards, scrabble, bingo cards, checkers, backgammon and monopoly.

CONCLUSION

Vision does deteriorate with aging. Vision loss among the elderly can be caused by a variety of factors, particularly macular degeneration, cataracts, glaucoma and diabetic retinopathy. The impact of visual impairment can be serious for individuals, family and friends, and the general public. The visually-impaired person can benefit from various aids, tips and techniques, as well as information and creative understanding. Seniors with vision loss need not withdraw from the community.

REFERENCES

Canadian National Institute for the Blind (The). Statistical information on the client population of the CNIB 1988. Toronto, 1988.

Canadian National Institute for the Blind (The). Diabetic retinopathy. Toronto, 1986.

Canadian Ophthalmological Society. Cataracts. Ottawa, 1989.

Canadian Ophthalmological Society. Glaucoma. Ottawa, 1989.

Canadian Ophthalmological Society. Macular degeneration. Ottawa, 1989.

Carroll, T. Blindness: What it is, what it does and how to live with it. Toronto: Little Brown Co., 1961.

Dickman, I. Making life more liveable. New York, American Foundation for the Blind, 1983.

Fraser, J., et al. Questions most often asked about eyesight by people over 60. Massachusetts, 1986.

Jolicoeur, R., et al. Caring for the visually impaired older person. Minneapolis Society for the Blind, Inc., 2nd ed., 1986.

Nelson, K.A. "Statistical brief #35: Visual impairment among elderly Americans. Statistics in transition." Journal of Visual Impairment & Blindness, (Sept. 1987).

Richesin, C., et al. Access needs of blind and visually impaired travellers in transportation terminals: A study and design guidelines. Toronto, CNIB, 1987.

Rosenbloom, A., et al. Vision and aging. New York: Professional Press Books, 1986.

S'accommoder des pertes sensorielles : La vue

WRITINGS IN GERONTOLOGY

ÉCRITS EN GÉRONTOLOGIE

THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING
LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Canada

S'ACCOMMODER DES PERTES SENSORIELLES:

LA VUE

par

Kathleen Naeyaert
Conseillère, Programme national
Gérontologie
Institut national canadien pour les aveugles

Mars 1990
Conseil consultatif national sur le troisième âge

«S'accommoder des pertes sensorielles: La vue» est un tiré-à-part de l'**Ecrit en Gérontologie** n° 8, intitulé «S'accommoder des pertes sensorielles. Recueil de textes portant sur la vue, le goût et l'odorat, l'ouïe, le toucher au regard du vieillissement.»

Pour plus d'information sur ce rapport, communiquez avec le:

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
(613) 957-1968

Charlotte Matthews, Ph.D.
Présidente

Susan Fletcher
Directrice

Also available in English under the title:
«Living with Sensory Loss»

La reproduction d'extraits de cet Ecrit en Gérontologie est permise sans autorisation préalable. Mentionner toutefois la source, le nom du Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Ministre d'approvisionnements et services Canada 1990
N° de cat. H71-2/1-8-1990F
ISBN 0-662-96010-6

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... 5

1. LA PREVALENCE DE LA BAISSE DE LA VUE..... 5

2. LES PRINCIPALES CAUSES DE LA BAISSE DE LA VUE CHEZ LES PERSONNES AGEES..... 7

   2.1 LA DEGENERESCENSE DE LA MACULA..... 8

   2.2 LA CATARACTE..... 8

   2.3 LE GLAUCOME..... 9

   2.4 LA RETINOPATHIE DIABETIQUE..... 10

3. LES EFFETS DE LA DETERIORATION DE LA VUE..... 11

   3.1 SUR LA PERSONNE..... 11

   3.2 SUR L'ENTOURAGE..... 12

   3.3 SUR LA POPULATION EN GENERAL..... 12

4. LES COMPORTEMENTS A ADOPTER EN PRESENCE D'UN AVEUGLE... 13

5. QUELQUES CONSEILS ET TECHNIQUES UTILES POUR S'ADAPTER AUX DEFICIENCES VISUELLES..... 14

   5.1 L'ECLAIRAGE..... 15

   5.2 LE CONTRASTE DES COULEURS ET DE LA BRILLANCE..... 16

   5.3 LA PREPARATION DES ALIMENTS ET DES REPAS..... 17

   5.4 LES DEPLACEMENTS..... 19

   5.5 LA QUALITE DE VIE..... 20

   5.6 LES AIDES TECHNIQUES..... 21

CONCLUSION..... 22

REFERENCES..... 23

INTRODUCTION

«Les choses ne sont plus ce qu'elles étaient»: voilà un vieil adage qui rend bien l'image d'une société en perpétuel changement, mais que l'on pourrait aussi interpréter en disant que les personnes sont elles aussi en évolution constante; ainsi, avec l'âge, les sens perdent de leur acuité. Fait inéluctable s'il en est: avec le temps, la qualité de notre vue s'altère aussi. Ces changements accompagnent souvent le processus normal du vieillissement, qui s'accomplit de façon lente et graduelle. Généralement, des changements ténus surviennent vers l'âge de 40 ans. On ne sent pas que sa vue baisse, mais on remarque bientôt qu'il faut éloigner son journal pour le lire. Parmi les autres signes d'une vision défaillante, on peut mentionner la «double vision» ou la perception de «halos» autour des lumières brillantes ou encore de points en mouvement, de même que les douleurs aux yeux (Rosenbloom et coll., 1987).

La vision, à l'instar des quatre autres sens, savoir l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher est intimement liée à l'autonomie de la personne dans sa vie quotidienne. En fait, les gens âgés peuvent être aux prises avec de multiples déficiences sensorielles. Il se peut que ces autres déficiences soient passées inaperçues, mais elles risquent d'être amplifiées par la perte de la vue et de rendre ainsi plus difficiles la réadaptation et la rééducation des sens.

Le texte qui suit traite de diverses questions liées à la baisse de la vue: sa prévalence chez les Canadiens âgés, les causes principales du problème et les signes avant-coureurs, ses effets sur la vie personnelle et sur le milieu social (famille et amis). Quelques conseils utiles sur la façon de s'accommoder de la baisse de la vue sont aussi présentés.

1. LA PREVALENCE DE LA BAISSE DE LA VUE

Les données sur la cécité et la malvoyance se limitent aux statistiques portant sur les personnes inscrites comme «aveugles

au sens de la loi» auprès de l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA). Même si ces données sont exhaustives, elles laissent dans l'ombre des milliers de personnes qui souffrent d'un handicap visuel fonctionnel, c'est-à-dire dont la vision affaiblie les empêchent de vaquer normalement à leurs occupations quotidiennes.

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) a exploré les types et degrés de limitations touchant les Canadiens au plan de la santé. Les résultats préliminaires ont révélé qu'environ 10 p. 100 des personnes de plus de 65 ans sont atteintes d'une déficience visuelle grave restreignant leurs activités quotidiennes (Statistique Canada, 1988). Cela veut dire qu'environ 300 000 personnes âgées souffrent de cécité ou de malvoyance. On estime que moins de 20 p. 100 de la population présentant une déficience visuelle est complètement aveugle ou ne possède aucune vision résiduelle utile. L'expression "aveugle au sens de la loi" sert à déterminer l'admissibilité à des programmes et à des avantages gouvernementaux particuliers. Est aveugle, au sens de la loi, celui dont l'acuité visuelle est de 20/100 pour les deux yeux avec les meilleurs verres correcteurs ou celui dont le champ de vision ne peut dépasser 20 degrés pour les deux yeux (INCA, 1988).

On peut se demander si la fréquence des cas de déficience visuelle diffère d'un groupe d'âge à l'autre. Les statistiques de 1988 de l'INCA montrent que 12,7 p. 100 de sa clientèle appartient au groupe d'âge de 0 à 29 ans, 19,9 p. 100 au groupe de 30 à 59 ans, tandis que la grande majorité de sa clientèle, soit 65,9 p. 100 a plus de 60 ans. Il apparaît clairement que la baisse de la vue est liée au vieillissement. L'étude des statistiques de l'INCA concernant les nouveaux clients inscrits en 1988 indique qu'une proportion croissante de la clientèle a plus de 60 ans : les 0-29 ans représentent 11,2 p. 100, les 30-59 ans, 12,9 p. 100 et les plus de 60 ans, 75,5 p. 100. A mesure

que nous approcherons du XXI^{e} siècle, la proportion des clients de plus de 60 ans continuera de s'accroître. Il importe également de souligner que plus de la moitié des clients du troisième âge ont plus de 80 ans. Il s'agit là, à n'en pas douter, d'une conséquence du «boom du troisième âge» qui continuera d'influer sur la composition de la clientèle de l'INCA et sur les services qu'il offre.

On ne s'étonne pas d'apprendre que de nombreux résidents des centres de soins de longue durée souffrent de déficience visuelle; dans certains cas, la proportion atteint 40 p. 100 (Horowitz, 1989). Toutefois, avec l'émergence d'un réseau de service social et de santé planifié favorisant les soins en milieu communautaire (et permettant aux personnes de demeurer chez elles) plutôt que le placement en établissement,un nombre grandissant d'aveugles et de malvoyants vivront à la maison et auront besoin de services d'aide. C'est une nécessité de taille à laquelle devront continuer de répondre l'INCA et d'autres organismes de services sociaux.

2. LES PRINCIPALES CAUSES DE LA BAISSE DE LA VUE CHEZ LES PERSONNES AGEES

La baisse de la vue prend des formes diverses selon la personne. Chacun «voit» d'une façon qui lui est propre, même si l'état de ses yeux se compare à celui de son voisin. Certains troubles de la vue apparaissent graduellement, tandis que d'autres surviennent subitement.

La baisse de la vue chez les personnes âgées est due, dans la plupart des cas, à l'un des facteurs suivants: dégénérescence de la macula, cataracte, glaucome et rétinopathie diabétique. Il convient de noter que la cataracte touche de plus en plus de personnes mais ne mène pas nécessairement à la cécité au sens de la loi.

2.1 LA DEGENERESCENCE DE LA MACULA

La dégénérescence de la macula représente de loin la cause la plus fréquente de cécité ou de malvoyance au Canada. Elle est responsable de 45 p. 100 de tous les nouveaux cas de déficience visuelle au cours de l'année la plus récente pour laquelle il existe des statistiques (INCA, 1988). Dans cette affection, le centre du champ de vision s'estompe et les détails ne sont plus perçus. Plus précisément, à l'intérieur de l'oeil, près du centre de la rétine (membrane qui absorbe la lumière), se trouve une petite région sensitive que l'on nomme macula et qui a à peu près la grosseur d'une tête d'épingle. Les détails de la partie centrale de l'image sont captés par la macula qui les transmet au cerveau. Pour être efficace, la macula a besoin de lumière, de préférence la lumière du jour. La dégénérescence de la macula se déroule souvent sur plusieurs années et semble faire partie intégrante du processus normal de vieillissement. Parfois, elle s'effectue plus rapidement.

Cet état permanent, causé par la vieillesse, pourrait aussi être lié à une infection, à l'hypertension ou à l'artériosclérose. Comme on ignore à peu près tout des causes fondamentales de la dégénérescence de la macula, il est impossible de la traiter efficacement dans 90 p. 100 des cas (Société canadienne d'ophtalmologie, 1988).

2.2 LA CATARACTE

On parle de cataracte quand le cristallin (la lentille de l'oeil) ou ses membranes deviennent opaques. La lumière étant dispersée ou passant mal dans l'oeil, la vue devient embrouillée. On sait que la cataracte est liée le plus souvent à l'âge. De fait, près de la moitié de la population de plus de 65 ans présente une opacification ou une formation de cataracte plus ou moins avancée. Un faible pourcentage des personnes âgées inscrites à l'INCA comme «aveugles au sens de la loi» souffrent

de cataracte, soit 6 p. 100 environ (INCA, 1988). On ne constate ni douleur ni rougeur; une sensation d'éblouissement peut être produite par une lumière proche des yeux ou les lumières peuvent sembler manquer de brillance. Souvent, la personne voit double ou perçoit des «ombres», et les lunettes ne sont d'aucune utilité.

La cataracte est due à des changements d'ordre chimique survenant dans le cristallin. Quant aux facteurs à l'origine de ces changements, ils ne sont pas parfaitement connus.

Il faut noter que le traitement consiste en une opération (chirurgie de la cataracte) considérée aujourd'hui comme courante et permettant de recouvrer la vue dans plus de 95 p. 100 des cas s'il n'y a pas d'autre trouble visuel en même temps. La chirurgie de la cataracte peut être pratiquée avec succès sur des patient de tous âges (Société canadienne d'ophtalmologie, 1988).

2.3 LE GLAUCOME

Le glaucome est souvent appelé «chapardeur de la vue». Cette affection des yeux est due à un trouble du nerf optique lié à une augmentation de la pression à l'intérieur de l'oeil causée par une accumulation de liquide. Généralement, pour 95 p. 100 des personnes âgées présentant un glaucome, il s'agit d'un processus lent et indolore. Les signes avant-coureurs ne sont pas toujours faciles à déceler mais, parmi ceux-ci, on relève: des difficultés d'adaptation à l'obscurité, une vision embrouillée ou nébuleuse ou une accommodation capricieuse. Son déclenchement peut être brutal et aigu. Les symptômes d'une crise aiguë et soudaine sont les suivants: perte de la vision périphérique (de côté), vision embrouillée, douleur aux yeux et autour des yeux. Les lunettes ne sont d'aucun secours.

La présence éventuelle d'un glaucome doit être vérifiée au moment de l'examen périodique de la vue, plus particulièrement

dans le cas des personnes de plus de 35 ans. Un examen de la pression intra-oculaire permettra de déceler le glaucome. Le cas échéant, le traitement doit commencer avant l'apparition des symptômes. Actuellement, environ 7 p. 100 des personnes âgées inscrites comme aveugles au Canada souffrent de glaucome (INCA, 1988).

2.4 LA RETINOPATHIE DIABETIQUE

Cette maladie des yeux fait partie des troubles circulatoires liés au diabète. Elle altère les vaisseaux sanguins qui irriguent l'oeil. Le genre de diabète ne semble pas déterminant quant à la possibilité de souffrir de l'affection. Certaines gens qui présentent un diabète léger contenu par un régime peuvent perdre la vue; d'autres qui sont atteints d'une forme plus grave et doivent prendre de l'insuline ne la perdront jamais. Le risque est le plus grand lorsque le diabète dure depuis plus de 15 ans. La rétinopathie diabétique passe par plusieurs stades et peut mener à la cécité complète.

Au cours des premiers stades, la vision s'embrouille et devient irrégulière, et le malade voit des points flottants. Aux derniers stades, le champ visuel peut rétrécir graduellement en raison des tissus cicatriciels qui tirent sur la rétine et la décolle, jusqu'à la cécité complète. Entrepris au début de la maladie, le traitement au laser donne d'excellents résultats dans de nombreux cas.

Puisque les progrès médicaux et techniques réalisés dans le traitement du diabète ont permis d'accroître l'espérance de vie, on peut s'attendre à ce que la rétinopathie diabétique touche de plus en plus de personnes âgées (INCA, 1987).

3. LES EFFETS DE LA DETERIORATION DE LA VUE

3.1 SUR LA PERSONNE

La perte complète ou une déficience grave de la vue entraîne généralement des réactions de colère et d'amertume. La perte de la vue peut survenir soudainement, à la suite d'un accident ou d'une maladie, ou se faire lentement et graduellement comme dans le cas du glaucome ou du diabète. Quoi qu'il en soit, on la décrit comme la «mort» de la personne voyante. Elle peut avoir des effets destructeurs sur la personne et elle s'accompagne souvent de toute une série de déficits sur le plan personnel.

Pour des personnes âgées habituées à évoluer dans un monde de repères visuels, la perte de la vue entraîne la disparition d'une partie de leur monde et de leur identité. Non seulement leur capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne est-elle soudainement compromise, mais leur personnalité peut s'en ressentir. L'ampleur des conséquences de la perte de la vue sur la personne dépend naturellement de chacun. Parmi les divers déficits probables, on peut mentionner la perte des capacités fondamentales (se mouvoir et conduire les activités de la vie quotidienne), la perte de la facilité à communiquer (oralement, par écrit et visuellement), la diminution de la capacité à apprécier (ce qui est agréable, distrayant et beau), les craintes relatives à la sécurité financière et la perte de la personnalité (intégration sociale, estime de soi, obscurité) (Carroll, 1961). Le degré et l'étendue des déficits subis déterminent la façon dont la personne vivra son deuil. Si l'on considère les nombreux aspects de la sécurité psychologique d'une personne, on peut mesurer l'ampleur des conséquences de la perte de la vue. De plus, le besoin normal d'appartenance que ressent toute personne risque également d'être frustré du fait que la personne peut se considérer comme «anormale» dans une société qui porte au pinacle la perfection physique; être aveugle dans un monde de voyants peut s'avérer très aliénant. Les émotions liées à l'une ou l'autre de ces pertes peuvent amplifier l'anxiété de la

personne et l'inciter à se replier sur elle-même, à s'isoler, à se sentir déprimée; elles peuvent se traduire par toutes sortes de comportements.

Par les réseaux de soutien social et les services de réadaptation, on espère que la personne éprouvée prendra conscience que sa vie ne s'est pas arrêtée, mais qu'elle a changé et qu'une vie nouvelle commence pour elle.

On peut compenser maints déficits énumérés plus haut simplement en adaptant ses activités, en apprenant à développer les autres sens et en intégrant aux activités de la vie quotidienne de nouvelles techniques qui permettront à la personne de parvenir à une plus grande autonomie et au bien-être psychologique.

3.2 SUR L'ENTOURAGE

La famille et les amis peuvent jouer un rôle très important en apportant leur soutien à la personne aux prises avec une déficience visuelle durant toute la période de son adaptation, mais il ne faut pas oublier que la famille et les amis ont eux aussi à surmonter des pertes et à s'adapter. Il importe que les proches sachent que le malvoyant a besoin d'aide dans l'accomplissement de certaines activités, mais il importe tout autant qu'ils sachent que l'ami ou la personne aimée est capable de mener à bien certaines activités si on lui en laisse la chance. Les familles, les amis et les fournisseurs de soins doivent apprendre à aider les gens à s'aider.

3.3 SUR LA POPULATION EN GENERAL

La réaction de monsieur ou madame Tout-le-Monde en présence d'un aveugle peut être entachée de mythes et de stéréotypes qui lui font considérer l'aveugle comme une personne peu instruite, vivant en établissement ou travaillant en atelier protégé et

incapable de s'occuper d'elle-même. On a fait de grands efforts pour sortir des établissements et réintégrer les personnes qui peuvent être autonomes. Cette philosophie de «réinsertion» a favorisé l'émergence de nouveaux services de réadaptation et une autonomie accrue chez les malvoyants comme chez les autres handicapés. Ce n'est qu'en diffusant de l'information que le milieu du service social pourra parvenir à sensibiliser la population à certaines questions soulevées par la cécité et la déficience visuelle. La partie qui suit décrit quelques-uns des comportements à adopter en présence d'un aveugle.

4. LES COMPORTEMENTS A ADOPTER EN PRESENCE D'UN AVEUGLE

- En présence d'une personne aveugle ou malvoyante, comportez-vous normalement. Cette personne fait les mêmes choses que vous mais utilise parfois des moyens différents.

- Le meilleur moyen de savoir ce qu'elle voit et ce qu'elle ne voit pas, c'est de le lui demander! L'aveugle et le malvoyant ne sont pas toujours totalement privés de la vue ou confinés à l'obscurité totale. En fait, seulement 10 p. 100 environ des clients enregistrés à l'INCA sont entièrement aveugles. Un grand nombre voient à des degrés divers: certains ne perçoivent que la lumière, tandis que d'autres arrivent à lire de gros caractères à l'aide d'une loupe. D'autres encore sont capables de lire des panneaux ou d'apercevoir des objets éloignés alors que les obstacles situés juste devant eux leur échappent en raison d'un champ de vision restreint.

- Adressez-vous à elle sur un ton normal. Nommez-vous et, au moment de lui parler, appelez-la par son nom ou touchez-lui le bras. Prévenez-la lorsque vous la quittez.

- En marchant en sa compagnie, donnez-lui le bras. La tirer par la main ne sert qu'à l'embarrasser et à la dérouter.

- N'hésitez pas à employer les mots «voir», «regarder» ou «lire». Les personnes aveugles ou malvoyantes emploient ces mots comme tout le monde.

- Donnez une description des alentours et de ce qui s'y passe, qu'il s'agisse du paysage lorsque vous êtes en voiture, d'un événement intéressant à la télévision ou de l'aménagement d'une pièce inconnue. Donnez des indications utiles: «pour ouvrir la porte, il faut tirer à gauche» ou «nous approchons d'un escalier qui monte».

- Assurez-vous que vos indications sont claires et précises. Montrer du doigt ou employer des expressions comme «là-bas» ne sert à rien.

- Résistez à l'envie de vous précipiter au secours d'une personne aveugle. Pour savoir si elle a besoin de votre aide, demandez-le lui.

- Lorsque vous rencontrerez une personne aveugle ou malvoyante, rappelez-vous que le mot clé est «personne», pas «aveugle».

5. QUELQUES CONSEILS ET TECHNIQUES UTILES POUR S'ADAPTER AUX DEFICIENCES VISUELLES

Afin de déterminer quelles techniques lui conviennent le mieux, la personne malvoyante doit déterminer celles-ci elle-même. Il se peut que l'utilisation régulière d'une seule technique soit la meilleure solution, ou qu'il soit préférable pour elle d'avoir recours à plusieurs techniques. Les sections suivantes portent sur certains des facteurs qui jouent un rôle dans l'adaptation à la déficience visuelle.

5.1 L'ECLAIRAGE

Les besoins en matière d'éclairage dépendent de l'état de la vision de chaque personne. Le problème d'éclairage le plus fréquent est la brillance: soit la lumière est trop brillante et provoque l'éblouissement, soit elle n'est pas assez brillante. Le coût d'un éclairage adéquat est minime par rapport aux bénéfices possibles.

- Plusieurs lampes disposées dans toute la pièce permettent d'obtenir une distribution plus uniforme de la lumière qu'une seule ampoule de grande puissance.

- Quand vous passez d'un milieu clair à un milieu sombre, un rhéostat, en vous donnant la possibilité de régler l'intensité de la lumière d'une pièce à l'autre, permettrait à vos yeux de s'accommoder plus facilement; ou encore, portez des lunettes de soleil que vous garderez ou retirerez en entrant dans un immeuble.

- Utilisez des stores ou des abat-jour pour réduire l'éblouissement.

- Pour ceux qui ont besoin d'une lumière brillante, les tubes fluorescents sont particulièrement utiles sous les armoires.

- Accrochez aux fenêtres des rideaux foncés ajourés qui réduisent l'éblouissement dû à l'exposition directe à la lumière du soleil tout en laissant passer suffisamment de lumière naturelle.

- Éclairez toujours convenablement les escaliers de façon à éliminer les ombres qui pourraient vous gêner la vue.

- A l'extérieur, portez un chapeau à larges bords, une visière ou des lunettes de soleil pour diminuer l'éblouissement.

- Pour profiter pleinement de la lumière quand vous travaillez, assurez-vous que la source lumineuse se trouve à proximité, derrière votre épaule gauche.

- Si l'éblouissement constitue un problème, les surfaces mates peuvent aider à le régler. Évitez les planchers cirés ou brillants; le tapis et la moquette sont plus indiqués. Évitez également de vous doter de meubles dont le pouvoir réfléchissant est élevé, les meubles en métal ou en verre par exemple.

- Une lampe de poche ou un crayon lumineux sont utiles pour lire dans un endroit trop difficile à toujours bien éclairer.

5.2 LE CONTRASTE DES COULEURS ET DE LA BRILLANCE

Le contraste des couleurs et de la brillance constitue souvent pour les handicapés visuels un moyen agréable et peu coûteux de se faciliter grandement la vie, en particulier de repérer les objets ou leurs détails.

- Les couleurs foncées absorbent la lumière, tandis que les couleurs claires la réfléchissent. Par conséquent, si une pièce est trop sombre, peignez les murs d'une couleur pâle et posez des rideaux aux couleurs claires. Des rideaux foncés ajourés laissent passer la lumière tout en réduisant l'éblouissement.

- Un tapis de bain de couleur foncée placé au bord d'une baignoire claire permet d'en repérer facilement l'emplacement.

- Pour ce qui est des escaliers, les rampes doivent dépasser les marches du haut et du bas pour permettre de bien repérer

les paliers. De plus, la rampe et le bord de chaque marche doivent être d'une couleur contrastante qui en facilitera le repérage.

- Des paliers de différentes couleurs au haut et au bas d'une volée d'escalier sont un autre moyen qui aide au repérage.

- Décorer la tête d'une clé, à l'aide de ruban adhésif en couleur, permet de la retrouver plus facilement. De même, on peut disposer des bouts de ruban coloré le long des interrupteurs et des prises de courant afin de les rendre plus visibles, surtout lorsqu'elles se confondent avec le mur.

- Le contraste des couleurs et de la brillance peut aider les malvoyants à déterminer aisément l'emplacement des meubles. Par exemple, un tissu de couleur contrastante placé sur le dossier d'une chaise foncée la rend beaucoup plus visible. Ces contrastes de couleurs peuvent également ajouter au décor.

5.3 LA PREPARATION DES ALIMENTS ET DES REPAS

Avec un peu d'imagination et le recours à des méthodes pratiques, la préparation des aliments et des repas ne sera pas nécessairement une corvée désagréable.

- Dressez le couvert en disposant des plats de couleur claire sur une nappe foncée ou contrastante, ou faites l'inverse.

- De même, les aliments de couleur claire doivent être servis dans une assiette foncée, et les aliments foncés dans une assiette claire. Évitez d'utiliser de la vaisselle transparente ou ornée de motifs.

- On peut décrire la façon dont sont disposés les aliments dans l'assiette en se servant de la méthode dite «de l'horloge». Par exemple, on peut dire: «Les pommes de terre sont à deux heures, la macédoine à huit heures, etc.» La viande et les aliments difficile à couper doivent être placés à six heures pour qu'ils soient plus facile à atteindre et à couper.

- On peut également recourir à la méthode «de l'horloge» pour décrire l'emplacement de certains objets sur la table, comme un verre d'eau, la salière et la poivrière. Dresser le couvert toujours de la même façon permet de s'y retrouver plus facilement.

- Faites cuire un plat au four en l'assoyant sur une plaque à biscuits avec un rebord. S'il renverse, vous éviterez ainsi d'avoir à nettoyer le four. Vous aurez aussi moins de difficulté à retrouver votre plat.

- Au lieu d'un couteau, servez-vous d'un coupe-oeufs pour trancher des aliments comme les champignons et le fromage.

- Un moule à muffins est parfait pour faire cuire des pommes de terre ou des tomates car il est plus facile de localiser un grand plat que des cocottes individuelles.

- Lorsque vous voulez mesurer un liquide, placez un moule à gâteaux sous la tasse à mesurer; de cette façon, l'excédent de liquide ne sera pas perdu.

- Souvent, on peut reconnaître les aliments en les rangeant dans un certain ordre ou encore à leur odeur, au son ou à l'emballage <u>sans besoin de tout marquer</u>. Cependant, il peut être utile de marquer des produits comme les bocaux d'épices et les aliments en conserve; pour ce faire, on se sert d'un gros morceau de ruban sur lequel on inscrit en grosses

lettres foncées le nom du produit, ou on utilise des lettres magnétiques, par exemple «P» pour «pois». Dans le cas des conserves, un bon moyen consiste à écrire en majuscules les noms des produits sur des fiches réutilisables que l'on attache avec des élastiques.

- Pour ce qui est du four, le recours à des «marqueurs d'intensité» en relief constitue le meilleur moyen de reconnaître les positions importantes du bouton. On peut se procurer ces objets en s'adressant à l'INCA.

- Quand vous préparez de la nourriture, mélangez les ingrédients de couleur claire sur une surface foncée, et vice versa. On peut créer des surfaces claires ou foncées en choisissant les bols en conséquence.

- Pour mesurer, utilisez des tasses à mesurer de différents formats. Gardez-les ensemble pour déterminer la grosseur de chacune, ou encore faites une encoche sur la poignée: une encoche pour une tasse, deux encoches pour ½ tasse et ainsi de suite.

5.4 LES DEPLACEMENTS

La capacité de se déplacer par ses propres moyens est l'un des éléments qui permettent de maintenir son autonomie. Les conseils ci-dessous vous aideront à vous déplacer en toute confiance.

- Déterminez de façon précise l'endroit où vous désirez vous rendre et le chemin le meilleur et le plus sûr pour y parvenir; pensez à des points de repère facilement reconnaissables qui vous aideront à vous orienter.

- Si vous êtes accompagné d'un ami qui voit, tenez-lui le bras à la hauteur du coude et restez à environ un demi-pas derrière. De cette façon, vous pourrez le suivre sans difficulté.

- A bord d'un autobus, demandez au chauffeur de vous prévenir quand vous serez parvenu à destination; si possible, asseyez-vous près du chauffeur pour être sûr de bien l'entendre.

- Utilisez la canne blanche. Pour obtenir des renseignements sur la formation spécialisée en déplacement, adressez-vous à l'INCA.

- Pour éviter de vous frapper contre les portes, laissez-les toujours complètement ouvertes ou complètement fermées. Une porte à moitié ouverte constitue un danger. Il en va de même pour les portes de placards.

- Voyez à ce que les meubles soient toujours replacés à leur endroit habituel. Par exemple, glissez les chaises sous la table.

5.5 LA QUALITE DE VIE

Pour entretenir vos relations et conserver votre autonomie, il se peut que vous deviez recourir à des services communautaires, demander l'aide de vos parents et amis et faire appel à des appareils spécialisés.

- Quand vous entrez dans une pièce avec un ami, demandez-lui de vous dire qui s'y trouve et, si vous le désirez et si cela convient, demandez à être présenté.

- Généralement, il est possible de se procurer des livres sonore par l'entremise des bibliothèques ou de l'INCA.

- A la banque et dans les magasins, demandez au caissier qu'il classe vos billets de façon que vous puissiez les reconnaître.

- Utilisez les guides d'écriture et de signature, et les cadrans de téléphone à gros caractères et n'hésitez pas à demander l'aide de la téléphoniste.

5.6 LES AIDES TECHNIQUES

Il importe de tirer le maximum de votre capacité visuelle. L'utilisation d'aides techniques pourrait vous aider à cet effet.

- Un examen complet de la vue déficiente dans un centre d'aide aux malvoyants pourrait s'avérer utile. Un spécialiste peut vous recommander des aides techniques tels que des loupes à main, des barres grossissantes qui permettent de lire une ligne de caractères à la fois, des lecteurs en circuit fermé qui grossissent l'image télévisée jusqu'à 45 p. 100 et des loupes lumineuses.

- D'autres aides techniques utiles comprennent: les cadrans de téléphone à gros caractères ou les téléphones à boutons poussoirs avec de gros chiffres; les revues et les livres imprimés en gros caractères ou en braille ou enregistrés sur cassettes; des jeux adaptés: cartes, jeux de Scrabble, cartes de bingo, jeux d'échecs, jacquet et Monopoly.

CONCLUSION

La vue se détériore quand on vieillit. La baisse de la vue chez les personnes âgées peut être causée par divers facteurs, en particulier la dégénérescence de la macula, la cataracte, le glaucome et la rétinopathie diabétique. La détérioration de la vue peut affecter grandement les individus, son entourage et la société en général. La personne qui souffre d'une défaillance visuelle peut tirer profit de divers aides techniques, conseils et pratiques éprouvées, de même que d'information et de compréhension positive. Les personnes âgées n'ont pas besoin de s'isoler de la société parce que leur vue baisse.

REFERENCES

Carroll, T. Blindness: What it is, what it does and how to live with it. Toronto, Little Brown Co., 1961.

Dickman, I. Making life more liveable. New York, American Foundation for the Blind, 1983.

Fraser, J. et coll. Questions most often asked about eyesight by people over 60. Massachusetts, 1986.

Institut national canadien pour les aveugles. Diabetic Retinopathy. Toronto, 1986.

Institut national canadien pour les aveugles. Rapport statistique sur la population des clients de l'INCA 1988. Toronto, 1988.

Jolicoeur, R. et coll. Caring for the visually impaired older person. Minneapolis Society for the Blind Inc., 2e éd., 1986.

Nelson, K.A. "Statistical brief #35: Visual impairment among elderly americans. Statistics in Transition", Journal of Visual Impairment & Blindness, Sept. 1987.

Richesin, C. et coll. Étude sur l'adaptation des installations terminales de transport aux besoins des voyageurs aveugles ou malvoyants: lignes directrices d'aménagement. Toronto, INCA, 1987.

Rosenbloom, A. et coll. Vision and aging. New York, Professional Press Books, 1986.

Société canadienne d'ophtalmologie. Dégénérescence de la macula. Ottawa, 1989.

Société canadienne d'ophtalmologie. Le glaucome. Ottawa, 1989.

Société canadienne d'ophtalmologie. Cataractes. Ottawa, 1989.